بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة الخرطوم

كلية الآداب – قسم علم النفس

بحث تكميلي لنيل درجة البكالوريوس بعنوان:

الاكتئاب النفسي لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية وعلاقته ببعض المتغيرات

إعداد:
هاجر الطاهر عبد الصادق

إشراف الأستاذة:
أسماء سراج الدين فتح الرحمن

مايو 2010م

الآيـــــــة

(ولقد نعلم انك يضيق صدرك بما يقولون)

صدق الله العظيم
سورة الحجر الآية: "97"

(وتبرئ الأكمه والأبرص بأذني)

صدق الله العظيم
سورة المائدة الآية "110"

الإهـــداء

اهدي ثمرة جهدي المتواضع إلى عمالقة جامعة الخرطوم

وإلى

والدي الحبيب أمد الله في عمره...

إلى روح والدتي المرحومة رحمها الله واسكنها فسيح جناته...

إلى شقيقي ورفيق دربي وفقه الله...

إلى اخواتي وأحبابي جميعا شملهم الله برعايته وعنايته...

الشكر والعرفان

أتقدم في البدء بالشكر الجزيل للأستاذة أسماء سراج الـــدين التـــي أشرفت على هذه الدراسة المتواضعة، ولم تبخل بوقتها وجهدها وراحتها بالتوجيه وتصحيح المعلومات ولها التقدير والعرفان.

الشكر للدكتورة عبير عبد الرحمن خليل رئيسة قسم علـــم الـــنفس التي قامت بتحكيم مقياس الدراسة، والشكر موصول إلى أسرة مستـــشفى الخرطوم للأمراض الجلدية على ما قدموه لي من مساعدة، كما اخـــص الشكر إلى أسرة مكتبة جامعة الخرطوم على وجه الخصوص مكتبة علم النفس ومكتبة الآداب والى أسرة خدمات الكمبيوتر للطباعة على ما بذلوه من جهد في سبيل طباعة هذه الدراسة.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى شيوع الاكتئاب لدى مرضى البرص ومن ثم علاقة الاكتئاب ببعض المتغيرات الديمغرافية كالعمر والنوع. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وشملت عينة الدراسة (70) مريضا بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية، تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة، وتراوحت أعمارهم بين (11-70) سنة، حيث كان عدد الذكور (27)، وعدد الإناث (43)، تم استخدام بيك المصغر كأداة لجمع البيانات. وفي تحليل البيانات قامت الباحثة باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية من أهمها: اختبار (ت) T.Test، معامل ارتباط بيرسون, وبعد إجراء المعالجات الإحصائية وصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: يتسم الاكتئاب لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية بالانخفاض. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية يعزى إلى متغير النوع. عدم وجود علاقة ارتباطية دال إحصائيا بين الاكتئاب والعمر لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية. وفي خاتمة الدراسة قدمت الباحثة بعض التوصيات ومقترحات الدراسة المستقبلية.

Abstract

This Study aimed to recognizing the common of Depression for the barus patients and the relation of depression in some demographic changes like age and sex. The researcher used the descriptive approach. The sample composed of (70) of barus patients from Khartoum hospital of skinny diseases, the barus patients choiced in the simple random method, the age of patients about (11-70) the male were 27 and 43 female the researcher used the Beak's small measure as the tool of information collection as the information analyse the researcher used number of statistic styles which including: (T) test person correlation. The study reachered to the following results: the depression's barus patients of hospital of skinny diseases altitude by decrease. the study showed that there were differences of statistic significance, in the depression's barus patients in Khartoum hospital of skinny diseases attribute to sex. there were no differences of statistic significance between depression and age for the barus patients in the Khartoum hospital of skinny diseases. In the conclusion of the study the researcher in traduced some avocations and suggestions for the future.

الفهرس

فهرس الجداول

الفصل الأول
المقدمة

الفصل الأول
المقدمة

تمهيد:

إن المجتمع لابد أن تتوفر فيه الصحة النفسية والعقلية، إذا تـوفرت تلـك المقومات لكل فرد أصبح المجتمع سليماً وسعيداً وخالياً من الأمراض، إلا أن كثير من الأمراض ظهرت في القرن الحادي والعـشرين نظـراً للتغيـر التكنولـوجي السريع، لذلك نجد أن الاكتئاب يعد من أكثر الاضـطرابات ومـشكلات الـصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً في الدول المتقدمة.

يشير مصطفى محمد (2000) إلى أن الدراسات الحديثة تؤكد أن العـصر الذي نعيشه هو عصر الاكتئاب وتوجد في حياتنا اليومية العديد مـن الانفعـالات التي تمثل في مجملها أشكالا من الحزن، وتتدرج الانفعالات التي نمر بها كالحـب والفخر والازدراء والحزن والفزع تحت خمسة أنواع من المشاعر وهـي الحـب والسعادة والغضب والحزن والخوف. الاكتئاب له علاقة بأسلوب الحياة والـصحة النفسية، حيث توجد جذور نفسية اجتماعية، وانفعالية، وبيولوجية، وفـسيولوجية، تدفع الشخص المكتئب أحيانا للانتحار.

أشار احمد عكاشة (2005) إلى أن الأمراض الجلدية يلعب فيهـا العامـل النفسي دوراً هاماً، ويعزي ذلك إلى أن الشكل الخارجي الذي يعتبر احد مظـاهر الجمال ينعكس سلبا على نفسية المريض في تقدير ذاته، لذلك فان إصابتهم بهـذا المرض يقودهم إلى الشعور بالاكتئاب. خاصـة أن هـؤلاء المرضـى وخاصـة مرضى البرص يعانون من ضغوط نفسية واجتماعية وتـوترات وقلـق متعلقـة بالمرض، لذلك تضعف مهاراتهم في تفاعلهم مع الآخرين، وشـعورهم بالـذنب، وعدم مقدرتهم على الاتصال السليم والعادي مع الآخرين. لـذلك إن مـدى تقبـل مريض البرص له تأثير كبير الذي قد يزيد من حدة المرض، لذلك يحتاج هـؤلاء المرضى للحب والحنان والمساندة والدعم النفسي والاجتماعي.

مشكلة البحث:

تتلخص مشكلة البحث في تسليط الضوء على مرض البرص الذي يؤدي إلى الاكتئاب، ويحاول البحث الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما هي السمة العامة للاكتئاب لدى المصابين بمرض البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية؟
2. هل هنالك فروق في الاكتئاب لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية يعزى لمتغير النوع؟
3. هل هنالك علاقة بين الاكتئاب والعمر لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية؟

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في دراسة الاكتئاب لدى مرضى البرص والوصول إلى بعض النتائج والتوصيات التي تفيد الباحثين، والى معرفة معاناة المريض في المحيط الذي يعيش فيه. خاصة أن التفاعل الاجتماعي هو أساس العلاقات الاجتماعية وبناء الشخصية ومفهوم ذات موجب والإحساس بتقدير الذات، ويعتبر مرض البرص من الأمراض المنفرة الأمر الذي يعطل سبل الاتصال والتفاعل الاجتماعي بين المريض ومجتمعه مما يجعله يشعر بعزلة اجتماعية بأنه منبوذ وغير مرغوب به الأمر الذي قد يقوده إلى الاكتئاب.

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

1. معرفة السمة العامة للاكتئاب لدى المصابين بمرض البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية.
2. معرفة الفروق في الاكتئاب لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية الذي يعزى لمتغير النوع.
3. معرفة العلاقة بين الاكتئاب والعمر لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية.

فروض البحث:

تتمثل فروض البحث في الآتي:

1. يتسم الاكتئاب لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية بالارتفاع.
2. هنالك فروق في الاكتئاب لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية يعزى لمتغير النوع.
3. توجد علاقة بين الاكتئاب والعمر لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية.

حدود البحث:

الحدود المكانية: مستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية بولاية الخرطوم.

الحدود الزمانية: ديسمبر 2009 – مايو 2010م.

مصطلحات البحث:

الاكتئاب Depression:

ذكرت ليندا دافيدوف (1988) أن الأساس بالكآبة يعني انحراف المزاج وهبوط المستويات والإحساس بالتشاؤم بصفة عامة نتيجة ضغوط الحياة التي تبث الشعور بالملل وعدم الإحساس بالطمأنينة وكل هذا يجعل الإنسان يشعر بالاكتئاب.

التعريف الإجرائي للاكتئاب:

المقصود بالاكتئاب في هذا البحث الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص بعد تطبيق مقياس بيك المصغر للاكتئاب.

البرص Vitiligo:

جاء في موقع (sohbanet.com 2009) بأنه من الأمراض الجلدية يظهر في شكل بقع بيضاء اللون ويظهر على جلد الإنسان في شكل بقع دائرية أو بيضاوية وتكون البقع واضحة المعالم، حيث يفقد الجلد لونه الطبيعي ليحل محلة اللون الأبيض.

التعريف الإجرائي لمرضى البرص:

المقصود بهم في هذا البحث هم المرضى المصابين بمرض البرص الجلدي والذين يترددون على مستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول

الاكتئاب Depression

تمهيد:

أشار الشربيني (1996) أن الاكتئاب بدأ من الآونة الأخيرة حيث يمثل إحدى ظواهر العصر الحديث، ورد عن علماء النفس أن المعاناة النفسية التي يسببها الاكتئاب تفوق المعاناة التي تنتج عن جميع الأمراض الأخرى، ولا يعزى السبب في ذلك إلى تزايد انتشار الاكتئاب في العصر الحالي (الحادي والعشرين) فحسب، بل لما نتج عن هذا المرض من معاناة قد تصل في نهاية الأمر للانتحار.

يعزز ليفن ولوبين (1985) أن موضوع الاكتئاب من الموضوعات التي سلطت عليها الأضواء وأجريت عليها الدراسات المكثفة والتحليل الفياض والمناقشة، إلا أن طبيعته الضرورية وأولويته وتفضيله عن باقي الاضطرابات النفسية سوف تبقى عقبة يكتنفها الغموض والإحجام.

يناقش المبحث الحالي عدداً من القضايا المتعلقة بالاكتئاب بدءاً بتوضيح الخلفية التاريخية مروراً بتوضيح أسبابه وتصنيفاته وطرق علاجه.

الخلفية التاريخية للاكتئاب:

ذكر ليفن ولوبين (1985) أن الاكتئاب عرف منذ أقدم العصور، وكان يطلق عليه ملانخوليا (Melancholia)، وهو الاسم الذي وصفه ابيقراط (Hippocrates)، ويرى أن هذا المرض ينشأ نتيجة لتأثيرات المرارة السوداء (Black Bile)، والبلغم (Bhlegm) على الدماغ، وان هذه المادة لحسب اعتقاده تؤدي إلى (اسوداد) في المخ والروح.

يعتبر مصطفى محمد (2000) الاكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعا وانتشارا، ويرجع سببه إلى تغير العوامل النفسية والاجتماعية والجسمية والانفعالية والبيولوجية، والعنف الذي تعرضه وسائل الإعلام. وكل ذلك عبارة

عن أسباب وعوامل معقدة ومتداخلة في تكوين المريض، وتعزيز استمراريته، لذلك يحتاج إلى رعاية طبية من الاكتئاب. إن الشخص المكتئب لديه جينات شاذة هي المسئولة عن تصرفاته، ولديه معتقدات مشوهة ومختلفة وظيفيا بالنسبة للنجاح والفشل.

يذكر احمد عكاشة (2005) أن الاكتئاب يحتل المركز الرابع بالنسبة لكل الأمراض من كمية العجز والإعاقة، ويوجد في العالم حسب إحصائية هيئة الصحة العالمية (350) مليون مكتئب، وسيكون السبب الأول للعجز وهو يفوق بذلك أمراض القلب والسرطان والروماتيزم.

ذكر عادل الشعشاعي (2009) أن دراسات منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن السبب الأول للوفاة عام (2020) سيكون الاكتئاب لأنه له علاقة بأسلوب الحياة الذي يؤثر على الصحة النفسية.

تعريف الاكتئاب:

عرف احمد عكاشة (د.ت) الاكتئاب بأنه يتميز بالحزن الشديد والنظرة السوداوية للحياة، وفقد الاهتمام بالملذات الخاصة مع الشعور بعدم جدوى للحياة، وظهور الأعراض الانتحارية مع الإحساس بتأنيب الضمير، وإحساس المريض بعدم الرضا، وعدم قدرته على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه لمواجه المستقبل مع صعوبة في التركيز، والشعور بالإرهاق التام، مع اضطرابات النوم، واضطرابات الشهية وأحلام مزعجة.

أضاف مصطفى زيور (د.ت) أن ليفين ولوبين (1985) يران أن الاكتئاب حالة من الألم النفسي يصل إلى الميلانخوليا إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بالإحساس بالذنب إحساسا شعوريا وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي والحركي.

بينما يرى محمد جاسم (2001) أن الاكتئاب مرض عقلي فيه مزاج الحزن ومن هذه الحالة الكآبة ثابتة ومتواصلة فتختلف عن الكآبة المؤقتة التي يعاني منها الناس نتيجة تفاعلهم مع كروب الحياة.

أضاف احمد عكاشة (د.ت) أن (شور) عرف الاكتئاب بأنه مفهوم لحالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن الشديد وتأخر الاستجابة والميول للتشاؤمية، وقد يصل به الأمر إلى الانتحار. وهو بذلك مركب من الأعراض المتزامنة والمترابطة.

ذكر عبد الرحمن العيسوي (1990) بان الاكتئاب هو حالة من انكسار النفس والكآبة والغم والهم والنكد والشعور بالذنب والقلق.

جاء عن محمد جاسم (2004) أن محمد الحجار عرف الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية وسريريه تعكس مزاج المريض ومعاناته، وتتدخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية وبيوكيميائية.

مفهوم الاكتئاب النفسي:

يوضح مفتاح محمد (2007) بان مفهوم الاكتئاب النفسي هو مثل معظم أنواع الاضطرابات العقلية لا يتألف من صورة متميزة بل يكون اضطرابا تدريجيا مستمرا يبدأ بالحالات القريبة من السوية ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج الطبي. ويعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً ويختلف المرض في شدته من مريض لآخر، وحيث يشعر المريض بالأعراض الاكتئابية التالية: أفكار سوداوية، التردد الشديد، فقدان الشهية، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، الشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات، والمبالغة في تضخيم الأمور، والأرق الشديد، والشعور بأوهام مرضية، والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية.

الملامح الأساسية للاكتئاب:

أشار احمد عبد الخالق (2001) أن للاكتئاب أربعة ملامح أساسية هي:

1/ المزاج:

وله أربعة جوانب:

- الحزن (الكآبة – البكاء – الدمار أو الخراب).
- ضعف المعنويات (فقدان الحماسة – الافتقار إلى المزاج أو الدعابة – نقص الأهداف – رغبات انتحارية أو عديمة).

- الضجر والسأم (الملل – نقص الاهتمام بالأشياء الجديدة – فقدان الميول أو الهوايات القديمة – فقد الاهتمام بالأصدقاء).
- الحط من قدر الذات (الشعور بانخفاض المكانة – النقص – اللوم – لا يوجد شيء حسن – عدم الجدارة).

2/ الحيوية:

- السعادة أو الرفاهية (حالة صحية منحرفة – كسل – عدم القدرة على التفكير).
- الشهية (فقدان الحماسة للأكل – نقص الجوع – فقدان الوزن – اضطراب في تناول الطعام).
- القدرة على التحمل (صعوبة البدء – فتور الهمة – البطء – التعب – التأخر – استنزاف القوى).
- الطاقة الشخصية (التجنب – غياب الاستمتاع – غياب الرغبة).

3/ التهيج:

- القلق (الفزع – التوتر – أعراض جسمية).
- شدة الاهتياج (إطالة التأمل – النكد – الهم).
- النوم (تأخر سطحي – غير منعش – متطلع – كوابيس).
- السلوك (عدم الاستقرار – العصبية – العبودية للتدخين – قضم الأظافر – التبذير والإسراف في الإنفاق – أفعال مزمرة للذات – ومخاطر طائشة متهورة).

4/ السلوك الباحث عن العزاء أو السوي أو المواساة:

- العلاقات (التشبث بالأمل أو بالفكريات المطالية – المناشدة أو الالتماس – جنسية دائرة في بعض الأحيان).
- الهروب (الانسحاب – الانعزال – الذهاب إلى السرير – كثرة النوم).
- الغذاء (العقاقير – الكحوليات – الاعتماد أو الاتكال الزائد – كثرة التناول بالتالي زيادة الوزن).

صورة الشخص المكتئب:

أورد ليفن ولوبين (1985) أن صورة الشخص المكتئب صـورة شـخص تبدو عليه إمارات الحزن الشديد فهو يشعر بجفاف في الحلق والاختناق وسـرعة ضربات القلب وسرعة التنفس يتخللها زفرات وتنهدات عميقة ويـصاحبه شـعور بالخسارة والتدمير، وأثبتت بعض الأبحاث أن هنالك علاقة بـين الغـدد الـصماء والحالة العصبية، وأكدوا ذلك بمفهوم قديم أن الاكتئاب حالة من الهبـوط تـصيب الجسم وينتج عنه ارتفاع في مستوى الهرمونات، فقد لوحظ زيادة إفرازات هرمون قشرة الغدة الادرينالية (فوق الكلوية) لدى مرضى الاكتئاب، وكذلك زيادة إفرازات هرمون الغدة الدرقية.

أضاف مصطفى محمد (2000) أن اكسيكال (1983) قسم الشخصية الاكتئابية إلى سبع مجموعات من السمات:

1. الهدوء – الانطواء – السلبية – التردد – وعدم الحسم.
2. الحزن – التشاؤم – عدم القدرة على التمتع والإمتاع.
3. نقد الذات – لوم الذات – توبيخها – ازدراء الذات أو الحط من قدرها.
4. الشك – النقد الزائد – صعوبة إرضائها (كشخصية).
5. الضمير الحي الزائد والشمولية.
6. النزعة أو الميل للقلق.
7. الانشغال بالأحداث السلبية – عدم الكفاءة – النقائص الشخـصية لدرجـة المتعة المرضية.

أسباب الاكتئاب:

يشير محمد جاسم (2004) إلى أن هنالك عوامـل تتـسبب فـي حـدوث المتلازمة الاكتئابية وهي:

العوامل الوراثية والبيولوجية:

إن الجين الصبغي الوحيد المسيطر بنفوذية متناقضة لـه علاقـة بالـذهان الاكتئابي الهوسي.

العوامل التربوية:

قد يتعلم الأطفال من أبائهم المصابين بالاكتئاب بعض الأنماط الفكرية السلبية مثل التشاؤم وإساءة الظن والحساسية المفرطة في بعض السلوكيات مثل الانطواء والعصبية.

الأمراض العضوية:

مثل داء باركنسون واضطرابات الغدد واستعمال مضادات الضغط وقرحة المعدة وغيرها.

العوامل الكيميائية:

- الأمينات الدفاعية: أن النتائج العلاجية بالأدوية المضادة للاكتئاب وبالصدمة الكهربائية وغيرها، تؤكد العوامل الكيميائية الحيوية في حدوث متلازمة الاكتئاب.
- الهرمونات الغددية العصبية: إذا حدث أي خلل في وظائف الجهاز الغددي العصبي، فهو يؤثر ويحدث اضطراب في المزاج.
- الشوارد: العمل على راحة الخلايا العصبية والعقلية تسيطر عليها مستويات تركيز الصوديوم والبوتاسيوم. وهذه الشوارد لها تأثير على استغلاب مواد التنقل العصبية.

يشير حامد زهران (2001) إلى الأسباب النفسية والاجتماعية حيث يلخصها في الآتي:

1. التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية والانهزام أمام الشدائد.
2. الحرمان، وفقد الحب، والمساندة العاطفية، وفقد المكانة الاجتماعية وفقد الصحة والعمل، وعدم الزواج، والتقاعد غير المخطط له، والوحدة، والأزمات المالية، والمشاكل الزوجية والأسرية.
3. الصراعات اللاشعورية.
4. الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
5. ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب.
6. الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.

7. عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.

8. سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلاً من أشكال الانسحاب ووجود العدوان المكبوت ولا يسمح للانا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج وإنما يتجه نحو ذاته.

يرى ليفن ولوبين (2005) أن أسباب العوامل التي أدت إلى حدوث هذا الاضطراب، تداخل ثلاثة عوامل، العامل البيولوجي Biological، والنفسي Psychological، والاجتماعي Social. وتسمى هذه العوامل بالمنظور البيولوجي، النفسي، الاجتماعي، في فهم الظواهر البيولوجية.

تصنيفات الاكتئاب:

يصف حامد زهران (2007) الاكتئاب إلى:

- الاكتئاب الخفيف Mild Depression: وهو اخف صور الاكتئاب.
- الاكتئاب البسيط Simple Depression: وهو ابسط صور الاكتئاب.
- الاكتئاب الحاد (السواد)Acute Depression: وهو اشد صور الاكتئاب.
- الاكتئاب المزمن Chronic Depression: وهو دائم وليس في مناسبة فقط.
- الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي Reactive Depression: وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى.
- الاكتئاب الشرطي: وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة تعود إلى الظهور بظهور وضع مشابهه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.
- اكتئاب سن اليأس Involution al Depression Reaction: ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات، حيث يشعرون بالقلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الفهم والتوتر العاطفي، ويظهر تدريجيا ويسمى أحيانا سوداء سن القعود (Involution al Melancholia).
- الاكتئاب العصابي Neurotic Depression.
- الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression

يميز محمد جاسم (2004) بين الاكتئاب الذهاني، والاكتئاب العصابي، والفرق بينهما في الدرجة:

الاكتئاب الذهاني:

هو أكثر خطورة وهو اضطراب عقلي، حيث ينتاب المريض حالة من الهبوط المعنوي والجسمي، ويصحو من نومه وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق، ويبدأ في التحسن التدريجي وسط النهار. ويعاني المريض من عدم القدرة على التركيز والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات، ويكون نومه مضطربا حيث لا يخلد إلى النوم إلا لفترة قصيرة ويفقد شهيته للأكل. حيث يشعر بكسل عام، لدرجة أن يتأثر الجهاز العصبي والهضمي وباقي أجهزة الجسم مما يؤدي إلى نقص الوزن. ويشعر المريض باليأس والبؤس والعجز، وتبدو عليه علامات الامتعاض، ويسير مقوس الظهر، ولا يستطيع أن يرفع عينيه وتبدو عليه علامات الحزن والإرهاق.

تتسم شخصية المكتئب الذهاني بالجمود الانفعالي وتحفيز الذات، واعتقاده بعدم استحقاقه للحياة، واتصال أفكاره بواقع الحياة محدودة أو معدوم. ويعاني من أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية. وتراود المريض أفكار الانتحار عن نية صادقة بدون تفكير مسبقاً ويحدث فجأة، ويقدم على هذه الفكرة بجمود شعوري بهدف إهلاك ذاته. حيث يتم علاجه في مستشفى الأمراض العقلية، وليس لديه رغبة بان يسعى للعلاج.

الاكتئاب العصابي:

هو اقل حدة وخطورة هو حالة من الحزن الشديد المستمر، ويشعر المريض بالتشاؤم، وضعف الثقة بالنفس، واليأس ويضطرب نومه، ولا توجد لديه تهيؤات أو أوهام، ويستطيع المريض القيام بعمله ويتحمل مهامه وأعماله، ولكن بشيء من الصعوبة. ويحاول أحيانا أن يقدم على الانتحار، ولكن ليس بنية صادقة ويخاف من الإقدام عليه، وهدفه من ذلك إيقاع الألم بالآخرين ولفت أنظار المحيطين به، ليجد المزيد من الاهتمام والرعاية والخدمة. وتتسم شخصية المكتئب

العصابي بالبلادة والخمول وجمود الأحاسيس والمشاعر ولـوم الـذات الـسلبي ويسعى المريض بنفسه للعلاج، ويتم علاجه في العيادة النفسية.

يعرض ليفن ولوبين (2005) بعض اضطرابات الاكتئاب:

1/ الاضطراب الاكتئابي الشديد Major Depression:

يسمى الاكتئاب أحادي القطب Clinical Unspooled وهو حالـة مـن الاضطراب الوجداني، حيث يشعر المريض بانخفاض شديد في الحالة المزاجيـة، وعدم قدرته باستمتاع الحياة، والحزن الشديد، ويعاني من اضطراب فـي قدرتـه النفس حركية Psychomotor abilities والشعور بالإرهاق وعدم القدرة علـى أداء الواجبات اليومية، وبطء في التآزر الحركي الحسي، وتتغير شهيته للطعـام. حيث تتأثر مشاعر المريض بأفكار سوداوية عن نفسه وعن الآخرين، ويفقد ثقتـه بقدرته وبمواهبه، ويتأثر جهازه المناعي.

2/ الاضطرابات الاكتئابية الأقل حدة Minor Depressive States:

يشعر المصاب باعتلال في المزاج ولكن بدرجة اقـل حـدة (مـنخفض)، ويتأثر المصابين أكثر بالتغيرات الموقفية ويـشعرون بقلـق واضـطراب النـوم والشهية، والقدرة على الاستمتاع ولكن بدرجة خفيفة، ويستمر هـذا النـوع مـن الاكتئاب المزمن دايستيما Diathermia.

من أشكال الاكتئاب الخفيف ما يسمى بـ(اضطرابات الوجدان الموسـمي) Seasonal Affective Disorder (SAD)، حيـث يعـاني المـصابون بهـذا الاضطراب من التغيرات الموسمية، وهذا التغيير يؤثر على وظيفة الهيبوثلاموس، ويخضع هؤلاء المرضى إلى نـوع مـن العـلاج ويـسمى بـالعلاج الـضوئي Phototherapy. وقد أشار الزبير طه (1995) إلى ارتفاع معـدلات الإصـابة بالمالفوليا خاصة في الشتاء.

3/ الاضطراب الوجداني ثنائي القطب Bipolar Affective Disorder:

يعاني المصابون من نوبات هوسية واكتئابية في آن واحد، ويـسمى هـذا الاضطراب بـ(الهوس الاكتئابي)، حيث ينتاب المريض نوبات مـن الاكتئـاب، وأحيانا نوبات من المرح، وتعتبر النوبتين جزءاً من الاضطراب الوجداني ثنـائي

القطب، حيث يشعر المريض في الهوس الاكتئابي بالمزاج الحالي وإحساس بالانشراح وحسن الحال المبالغ فيه، ويشعر المريض بالابتهاج الشديد، وبقدر كبير من التفاؤل والثقة المبالغ فيها بنفسه وقدراته، بالرغم من شعور المريض بالبهجة إلا انه يعاني من عدم الاستقرار، ويتسم هذا الاضطراب بالإفراط حتى إبداء المشاعر (الابتهاج الغامر أو الاكتئاب العميق). ويشير الهوس الاكتئابي إلى نقص نغمة المزاج الوقتي، صعوبة التفكير والتخلف الحركي النفسي، والتأخر عمدا الذي يخلقه القلق وتسلط الأفكار وتهيج بعض الأحزان والهموم.

الأعراض الاكتئابية:

يقسم حامد زهران (2007) الأعراض الاكتئابية إلى أعراض فسيولوجية وأعراض نفسية:

الأعراض الفسيولوجية:

- انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنع.
- فقدان الشهية ورفض الطعام (لاعتقاده بعدم استحقاقه للحياة أو الرغبة في الموت)، ونقص الوزن والإمساك.
- الصداع والتعب (لاقل جهد) وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر (اللومباجو).
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي والحركي والبطء وتأخر زمن الرجع.
- الرتابة الحركية واللازمات الحركية.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي (العنة عند الرجال) والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية (عند النساء).
- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية.

الأعراض البيولوجية أو النفسية:

- البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه.
- انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسي على الذات.

- عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص، ونقص الكفاية والشعور بعدم القيمة والتفاهة.
- فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والعزلة والصمت والسكوت والشرود حتى الذهول.
- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترارهم للأفكار السوداوية، ويتبرومون بأوضاع الحياة وعدم مقدرتهم على الاستمتاع بمباهج الحياة.
- اللامبالاة بالبيئة، ونقص ميولهم واهتماماتهم، ونقص الدافعية، ولا يهتمون بالنظافة والمظهر الشخصي.
- بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت.
- الشعور بالذنب وتأنيب الضمير واتهام الذات، وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها، والسلوك المضاد للذات وتكون في شكل محاكمة داخلية يصدر فيها المريض حكما مرضيا على نفسه.
- سوء التوافق الاجتماعي.

النظريات التي تناولت الاكتئاب:

النظرية التحليلية:

أورد احمد عكاشة (د.ت) أن فرويد وإبراهام يفسران الاكتئاب على انه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وان المكتئب يحمل شعورا متناقضا ناحية الحب الأول (الأم) ونتيجة الإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى، يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية، والالتحام والنبذ. وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خبرات مؤلمة عند نضوجه، ينكص لحياته الأولية بعمليات دفاعية لا شعورية من الإسقاط والإدماج والنكوص. ولتناقض عواطفه ناحية الحب المفقود، يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته، نحو الأنا، ثم يبدأ المكتئب في الانغلاق والعدوان الذاتي، واتهام الأنا والإحساس بالدونية، وتتكون لديه أفكار

والميول للانتحار، أما في نوبات الابتهاج فهي تعبر عن الحرية الطفلية في إطلاق العنان لكل غرائزه.

النظرية المعرفية:

ذكر احمد عكاشة (1996) أن هذه النظرية البيولوجية قدمها بك (1987)، وهي تنظر إلى الاكتئاب بوصفه اضطرابا في التفكير وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل، وترى هذه النظرية تغيير هذه النظم الفكرية السلبية تكمن في أسلوب العلاج المعرفي.

نظرية المدرسة السلوكية:

أوردت لندا دافيدوف (1998) أن علماء النفس السلوكيون يفترضون أن الاكتئاب يحدث حينما ينسحب من حياة الإنسان مصادر التعزيز الفردي المعتادة (كالزوج أو الوظيفة أو النجاح في المجالات المادية)، ويستجيب الأفراد للخسارة أو الفقد بإبطاء معدل نشاطهم، وإذا لم يتم تعزيز المجهودات الثابتة لهم، فان معدل نشاطهم سوق يقل كثيرا.

نظرية تعلم العجز المكتسبة:

يشير احمد عكاشة (1975) إلى أن هذه النظرية تكمن في مواجهة الفرد لإحداث ومشقة مستمرة، تؤدي إلى اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة، ومن ثم الإحساس باليأس والجز وعدم الحيلة، ومن ذلك تظهر أعراض الاكتئاب.

نظرية المدرسة الوجودية:

أورد علي كمال (1988) أن هذه المدرسة ترى أن بداية وجود الإنسان في عالمه هي حالة من الوحدة والقلق، وان قرب الموت هو اليقظة وترى هذه النظرية أن الكآبة ما هي إلا توقف شعور الفرد بالزمن الذاتي.

نظرية التهيؤ (براون – هاريس):

يذكر احمد عكاشة (د.ت) أن هذه النظرية ترى أن الاكتئاب يعتد على التعرض لأحداث حياتية مؤلمة حديثة، وترى أن هنالك عوامل للتهيؤ، فقدان الأم قبل سن الحادية عشر، وغياب الإحساس العاطفي، الذي يساند الفرد اجتماعيا وكل ذلك سبب للأعراض الاكتئابية.

نظرية الموصلات العصبية:

يشير احمد عكاشة (د.ت) أن نظرية الموصلات العصبية تـؤمن بوجـود بعض العقاقير مضادة للاكتئاب تؤثر على نسبة الموصلات العصبية في المخ فـي المناطق الخاصة بالانفعال، خاصة المهار التحتاني (الهيبوثلاموس) والمخ الحشوي في أسطح الانسى للمخ، والغدة الضوبرية، مما يزيد من حدة الاكتئاب.

مدى حدوث الاكتئاب:

جاء عن حامد زهران (2007) أن غريب عبد الفتاح (1994)، أشار إلـى أن الاكتئاب يأتي بعد القلق من حيث شيوعه كمرض عصابي، ويشاهد الاكتئـاب في العشرينات والثلاثينات، سن القعود (سن اليأس). ويحدث عند الإناث أكثر من عند الذكور، وعند غير المتزوجين أكثر منه عند المتزوجين.

يشير محمد جاسم (2004) إلى أن نسبة انتشاره تتراوح بين شعوب العـالم (0.06%) ونسبة الانتشار بين الإناث والذكور (2: 1%)، ويكثر بين أفراد الطبقة الاجتماعية العليا.

تشخيص الاكتئاب:

يذكر علي كمال (1988) أن تشخيص الاكتئـاب عمليـة يـشترك فيهـا المريض نفسه ومجتمعه المحيط به، والطبيب الـذي يراجعـه، وبمـشاركة هـذه العوامل الثلاثة يمكن التعرف على المرض وعلاجه، وتتفاوت الأعراض الاكتئابية في شدتها. وللتوصل إلى هذه الأعراض وشدتها توجد طريقتان:

أولها: يصف المريض بنفسه مما يعانيه وتكون أكثر هذه الأعراض في نفسه هـي التي يذكرها أولا.

ثانيها: إجابة المريض عن أشياء اعد خصيصا لاستطلاع شعوره بأعراض الكآبـة المختلفة وشدتها.

علاج الاكتئاب:

يرى حامد زهران (2007) أن يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف خـارج المستشفى إذا لم يكن هنالك خطر محاولة الانتحار. أما إذا كان هنالك محـاولات فيستحسن العناية بالمريض داخل المستشفى. ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتـردد

المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة 6 أشهر، للتأكد من عدم الانتكاس وان التحسين ليس مجرد فترة انتقالية إلى طور آخر من الاكتئاب في مرة واحدة.

ومن أهم معالم علاج الاكتئاب:

العلاج النفسي (خاصة العلاج التدعيمي):

يرى حامد زهران (2007) انه يقوم على استخدام الطرق التقنية لكي يساعد المريض على تغيير السلوك غير المرغوب فيه، وتحقيق توافقه مع البيئة. وهو يعالج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسيت الاكتئاب، والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة، والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض، وإبراز ايجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع، وإعادة الثقة بالنفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته، وإشاعة روح التفاؤل والأمل.

ذكر عبد العلي الجسماني (1998) أن العلاج النفسي له نظام يتكون من إجراءات مختلفة ومعقدة، ومن هذه الإجراءات:

1/ التنويم المغنطيسي Hypnotism حيث يخلد المريض للنوم في مراحل متعددة.

2/ العلاج بالإيحاء Suggestion يساعد هذا العلاج على إزالة المظاهر المرضية، ويعطي المريض الأمل والتفاؤل والثقة بالنفس، لأنه يؤثر على لحاء المخ.

3/ التأثير على شخصية Personality المريض لتغيير سلوكه إلى الأحسن.

4/ غرس القيم Values الطيبة في نفس المريض. لتقويم العلاقات الايجابية بين المعالج والمريض وبين أسرته، وسائر الأفراد في محيطه الطبيعي والاجتماعي بصورة عامة.

العلاج النفسي الجماعي:

يشير احمد راجح (1999) إلى أن العلاج الجماعي، يعالج حالات سوء التوافق، وتعديل آرائهم ووجهات نظرهم حول واقع الحياة التي يعيشونها، وتغيير السلوكيات المضطربة والتبصير بطبيعة المشكلة. وتعتمد فاعلية العلاج الجماعي على العلاقة بين المريض وبين الجماعة وبين المعالج، حيث يشعر المريض بأنه

ليس الوحيد الذي يعاني من المشكلة، ويحدث بينهم نوع من المساندة والمساعدة في حل المشكلات.

العلاج النفسي الاجتماعي:

أورد محمد جاسم (2005) أن هذا العلاج سمي بالعلاج البيئي وعلاج المحيط البيئي Psychosocial Therapy، وعلاج الدفعة الكلية، والعلاج الاجتماعي. يهدف هذا العلاج إلى كيفية التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها وضبطها، ونقل المريض من البيئة الاجتماعية التي أدت إلى الاضطراب النفسي إلى بيئة اجتماعية أخرى، لكي يتحقق التوافق النفسي للمريض.

العلاج النفسي بالعمل:

أضافت إجلال سري (2000) أن محمد خليفة بركات ذكر بأن العلاج بالعمل يهدف إلى توجيه طاقة المريض إلى العمل حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته، حيث يساعد المعالج المريض بتعزيز الثقة بنفسه أثناء قيامه بالعمل، لكي يتخلص من التركيز على الانفعالات النفسية، والحد من الميول اللااجتماعية، واثبات قدرة المريض لذاته.

العلاج النفسي بالموسيقى:

يوضح محمد عبد العظيم وفدوى بشير (2005) أن التعامل بالموسيقى مع المريض بهدف علاجي يساعد على حل المشكلات والتغلب على الاضطراب، للوصول إلى حالة من التوافق والصحة النفسية، بهدف تحسين السلوك الاجتماعي والانفعالي ونمو الشخصية. وهذا النوع من العلاج يساعد المريض على خلق نوع جو من التفاؤل والمرح.

العلاج النفسي الديني:

أشار عبد الباقي دفع الله (2007) أن الجانب الروحي الديني والجانب النفسي هما من مميزات الطب النفسي الإسلامي، ووجودهما يعززان الأسس والمبادئ والقيم الدينية والأخلاقية. ولهذا العلاج مسلمات دينية تستشق من الإيمان بالله عز وجل، وتوحيد الإلوهية والربوبية، والتوكل على الله، وكل ذلك يرفع عن النفس ضغط المصيبة، ويخفف عن الشخص عناء الشعور بالألم النفسي من

المكروه الذي نزل به. ويهدف العلاج النفسي الديني إلى تجريد الفرد المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد أمنه النفسي، ومساعدته على تقبل ذاته، وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسي.

العلاج البيولوجي:

يتضمن استخدام العقاقير والمداخلة الجراحية والصدمة الكهربائية لإحداث التغير في سلوك المريض.

ويشير مصطفى محمد (2000) إلى أهم معالم العلاج البيولوجي:

العقاقير المضادة للاكتئاب:

يهدف العلاج إلى وضع المريض في حالة تساعده على التمكن من العلاج النفسي. وتقسم العقاقير إلى أنواع منها: توفرانيل Tofranil، وتريبتيزول Tryptizol والمسكنات لتخفيف حدة القلق، ومنبهات الجهاز الهضمي مثل مشتقات أمفيتامين Amphetamine والمنشطات والمنبهات لزيادة الدافع النفسي الحركي مثل الكافين Caffeine.

العلاج بالرجفة الكهربية:

يهدف العلاج إلى تخفيف المعاناة النفسية لدى المريض، ويتم اللجوء إلى هذه الطريقة بعد فشل المعالجات الدوائية، للأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الشديد الذي يكون سببه عوامل داخلية أكثر من الاكتئاب التفاعلي.

العلاج الجراحي النفسي:

يلجأ أيضا في الحالات المزمنة من الاكتئاب، حيث تجرى المداخلة الجراحية النفسية بشق مقدم الفص الأمامي والتي تتضمن قطع الاتصال بين المهاد (مركز الانفعالات) والفص الأمامي من المخ (مركز التفكير) وهذه العملية تهدئ المريض.

المبحث الثاني

تمهيد:

مرض البرص هو احد أمراض الجلدية غير المعدية والتعامل اجتماعيا مع المريض يكون بصورة طبيعية وعادية حتى لا يتأثر المريض نفسياً. ومرض البرص لا يمنع المريض من أن يباشر حياته بصورة حيوية أو يشعر بان الحياة لا قيمة لها وستتوقف عند نهاية هذا المرض.

سيتم في هذا المبحث التعرف على مرض البرص وتعريفه وأسبابه واهم معالم طرق علاجه.

خلفية عن البرص:

صدر عن جمعية الأمل (2004) أن البهاق من الأمراض الجلدية الشائعة عند كل الأجناس ونسبة الإصابة تشكل حوالي (21%) من نسبة عدد السكان. وينتقل المرض وراثيا بنسبة (30%) والباقي لا يكون وراثيا بنسبة (70%)، ويحدث المرض في أي مرحلة من المراحل العمرية، منذ سن الرضاعة وحتى الشيخوخة، ومعظم الأحيان أكثر الإصابة ما بين عمر (10 - 30) سنة ويصيب النساء أكثر من الرجال ويصيب المرض الجلد الخارجي، ويكون محاط بلون ابيض، ويصيب أي جزء من أجزاء الجسم وأكثر الأماكن عرضة للإصابة (الوجه - الرقبة - الصدر - الإبطين - الأعضاء التناسلية)، ويتغير لون شعر المصاب في مكان الإصابة إلى اللون الأبيض وأكثر الأشخاص عرضة لهذا المرض هم الذين لديهم تاريخ وراثي لهذا المرض (أي إصابة احد أفراد العائلة).

تعريف البرص:

عرفه خالد المالك (2004) بأنه مرض جلدي يظهر في شكل بقع بيضاء اللون مثل لون اللبن الحليب، وتظهر هذه البقع بسبب فقد صبغة الجلد الميلانين (Melanin)، بسبب تدمر خلايا الميلانوسيت Melanocytes التي تنتج صبغة الميلانين، وتوجد هذه الخلايا الصبغية في الطبقة السطحية من الجلد، وخلايا

الميلانين عبارة عن صبغة داكنة تحمي الجلد من الأشعة فوق البنفسجية، وعنـــدما تتوقف خلايا الميلانوسيت عن إنتاج صبغة الميلانين فان الجلد يصبح باهتا ابيض اللون وهذا يسمى بالبرص أو البهاق.

أسباب الإصابة بالبرص:

يذكر خالد المالك (2004) ليس هناك أسباب محددة للإصابة بهذا المرض، ولكن بعض الأبحاث ترى أن هنالك عوامل تؤدي إلى ظهور المرض منها:

1/ العامل الوراثي:

حوالي 30% من حالات البرص يوجد عندها تاريخ مرضي اسري.

2/ التعرض للبيكماويات:

مثل الفينول المستخدم في التنظيف، والكاتيكول المستعمل في الصباغة.

3/ التعرض للازمات النفسية والعاطفية:

خاصة بعد التعرض لصدمة عصبية.

4/ تدمير الخلايا الصبغية نفسها تدمير ذاتي:

حيث ينتج عن ذلك بقايا سامة تدمر المزيد من خلايا الصبغة المجاورة.

ويعزي معتز الريماوي (د.ت) بعض الأسباب الأخرى:

1. المناعة الذاتية التي يهاجم فيها الجسم الخلايا التي تعزز مادة الميلانين فـــي الجلد.
2. وجود حساسية ضد بعض أنواع المأكولات، كالمنتجــات التـــي تحتــوي فيتامين (ج).
3. حروق الشمس.
4. فقر الدم الوبيل Pernicious Anaemia الناتج من قلة امتصاص فيتامين (ب).
5. زيادة الغدة الدرقية Hyper Thyrodism.
6. قلة نشاط الغدة الكظرية Addison's Disease.
7. بعض الإصابات غير العادية مثل (إصابات الرأس).

8. يحدث أيضا مع بعض الأمراض الأخرى مثل مرض (اديسون – ونقص إفرازات الغدة فوق الكلوية – السكري).

أنواع البرص:

جاء في شبكة المعلومات (2009) حيث يقسم البرص جغرافيا بالنسبة لانتشاره على الجسم البشري إلى نوعين رئيسيين ولكل منهما له فروع:

1/ النوع المحدود أو الثابت أو المستقر:

يبدأ ثم ينتشر في أجزاء معينة ثم يتوقف عن الانتشار بحيث لا تزيد المساحات المصابة بعد التوقف، ويكون البرص في جزء محدود في جسم الإنسان، ويكون شكله:

- إما بقعي: فقط مجموع بقع.
- أو عصبي: أي في احد الأعصاب.
- أو مخاطي: يصيب الأغشية المخاطية.

2/ النوع المنتشر:

يظهر وينتشر تدريجيا ليصيب مساحات كبيرة من الجسم قد يصل إلى كامل الجسم ما عدا أجزاء بسيطة تحتفظ بلونها الأصلي، ويكون شكله:

- أما الوجهي الطرفي أو الاعتيادي: بدون تنظيم.
- أو العائلي: يشمل معظم الجسم.

تضيف جمعية الأمل (2004)، نوع أخر من أنواع البرص:

3/ النوع المتراجع:

حيث يبدأ وينتشر ثم يتراجع تدريجيا، وتبدأ الصبغة في الظهور مرة أخرى في الأماكن التي أصيبت بالبرص.

النظريات التي تفسر الإصابة بالبرص:

ذكر معتز الديماطي (د.ت) أن السبب الفعلي المباشر لمرض البرص غير معروف قطعياً، لذلك نشأت عدة نظريات لتفسير ميكانيكية حدوث المرض، ومن أهم هذه النظريات:

نظرية الهدم الذاتي:

تفترض هذه النظرية أن الجسم يتعامل مع الخلايا الصبغية (الميلانين)، وهذه الخلايا المكونة للمواد الملونة للجلد تهدم نفسها ذاتياً، نتيجة نقص في طريقة الحماية الطبيعية التي تزيل المادة السامة التي تتكون أثناء بناء المواد الملونة Toxic Melanin Precursor.

النظرية العصبية:

ترى هذه النظرية أن هنالك مركب يفرز في نهاية الأعصاب في الجلد يؤدي إلى إيقاف بناء المواد الملونة للجلد.

خلل في الجهاز المناعي:

تتواجد أجسام مضادة للخلايا المكونة للجلد في دم المريض، وهذا الجسم الغريب تكون له أجسام مضادة تدمر هذه الخلايا فيما بعد ليظهر مرض البرص، وتستند هذه النظرية على إمكانية وجود أمراض مناعية أخرى في مريض البرص مثل (الثعلبة – السكري – أمراض الغدة الدرقية).

سلوكيات مرض البرص:

جاء في شبكة المعلومات (2009) أن مرض البرص غير معدي ولا ينتقل من شخص إلى آخر عن طريق التلامس، والسلوك المرضي للمريض لا يمكن التكهن به لأنه يختلف من مريض لآخر فقد يقف عند وضع ثابت، وعند البعض الأخر يمتد لسنوات طويلة، وينتشر تدريجيا في باقي الجسم. ويحدث التلوين التلقائي بنسبة 10%، ويكون ذلك في اماكن الجلد المعرضة للشمس نادرا ما يحدث تلوين كلي للبشرة بنسبة 100%، ويحدث التلوين في اماكن البرص نتيجة هجرة الخلايا الصبغية المعروفة باسم الميلانين من بصيلات الشعر المجاورة عن طريق العلاج.

الغذاء ومريض البرص:

أشارت جمعية الأمل (2004) إلى أن مريض البرص يحتاج إلى حمية غذائية صحية ومتوازنة، التي تحتوي على كميات كبيرة من الخضار والفواكه الغنية بالفيتامينات والمعادن القليلة الدسم للحفاظ على صحة المريض وتعزيز

وظائف الجهاز المناعي، لكي يؤدي دوره الحيوي، ومن أهم هذه الفيتامينات والمعادن:

- فيتامين A: يحافظ على الأنسجة البشرية (بشرة الجلد والأمعاء). ويساعد على تمايز الخلايا الصبغية وله دور في دعم الجهاز المناعي.
- فيتامين C: يساهم في دعم الأنظمة المناعية للجسم وفي تشكيل الكولابين (النسيج الضام) ويعتبر من العناصر المضادة للأكسدة المضادة التي تحمي من تاثير العوامل المؤكسدة التي ترعى الجذور الحرة المؤذية للخلايا الميلانية.
- فيتامين E: مضاد للاكسدة ويحمي الخلايا وله دور في عمل النظام المناعي.
- فيتامين D_{12}: يقي من الإصابة بفقر الدمالخبيث وقد لوحظ نقص في مستوياته في بعض حالات البرص.
- فيتامين B_9: دوره مشابه لفيتامين B_{12}.
- الزنك: يدخل في تركيب العديد من الانزيمات الضرورية لعمل الجهاز المناعي ويتدخل في استقلاب العديد من الفيتامينات.
- النحاس: له دور في عمليات تصنيع النسيج الضام للعظام والاوعية الدموية، وله دور في عمل الجهاز المناعي وهو ضروري جدا لتصنيع الجلد والشعر والعينين كما يعتبر من مضادات الأكسدة.

علاج مرض البرص:

يتضمن العلاج استخدام الدعم النفسي والاجتماعي، الادهنة الموضعية، أقراص عن طريق الفم، الأجهزة الطبية الحديثة.

الدعم النفسي والاجتماعي:

يشير محمد عبد العظيم وفدوى بشير (2005) أن المؤازرة الاجتماعية تقلل من المشاكل التي يعاني منها المصاب، وتساهم في السلوك الايجابي الصحي، وتخفف من الضغط النفسي مما يؤثر على الجهاز المناعي، فإذا انخفضت المؤازرة الاجتماعية فأنها تزيد من حدة المشاكل الصحية التي يتأثر بها المريض

وتؤدي إلى شعور المريض باليأس والوحدة وعدم الرغبة في الحياة بالتالي يزيد من الضغط النفسي، وهذه المشاعر السلبية تؤدي إلى عدم رغبة المريض في العلاج أو إهماله للعلاج وبالتالي يؤدي إلى تأخر شفاءه.

تذكر جمعية الأمل (2004) الدعم الذي يساعد المريض للتقوية ان تتسم روح المريض بالمبادرة والتفاؤل والتفكير الايجابي، وتقبل الذات واحترامها لزيادة الثقة بالنفس، وممارسة النشاطات المختلفة، وإيقاف الأفكار السلبية، وامتلاك مهارات الإبداع، لخلق جو مليء بالسعادة والفعالية والصبر والحكمة. ومساعدة المريض على تكوين صداقات مع الآخرين، وتنمية الشجاعة والجرأة في قدرته على مناقشة حالته مع الآخرين بدون حساسية.

الادهنة الموضعية:

ذكرت شبكة المعلومات (2009) بعض الادهنة للعلاج منها:

- كريم الكورتيزون.
- سائل الميلانين.
- سائل الخلين.
- كريم فيتامين D.
- بعض الادهنة الشعبية.
- الادهنة المنظمة للمساكنة.

أقراص عن طريق الفم:

- الخلين.
- السولارين.
- الميلانين.
- الأقراص المصنعة من الأعشاب.

الأجهزة الطبية الحديثة:

1/ الأجهزة فوق البنفسجية:

تعتمد على تناول المريض لأقراص السولارين قبل التعرض للأشعة بساعتين، ويكون المعدل الزمني للتعرض للأشعة في ازدياد تدريجي حسب جدول معين يحدده المريض.

2/ الليزر:

وهو من الطرق الحديثة، وله نتائج مبشرة ولكن تكلفته عالية جدا.

3/ الأشعة ذات الحزمة الضيقة:

وهي من أفضل الوسائل حاليا لعلاج البرص، حيث يعرض المريض لهذه الأشعة دون تناول أية أقراص عن طريق الفم ويكون التعرض لفترة زمنية قصيرة تتراوح في معدلها بين جزء من الدقيقة إلى خمس دقائق على الأكثر، ويكون التعرض مقسما إلى عدة جلسات أسبوعيا.

4/ العلاج الجراحي:

يكون عن طريق نقل وزراعة الصبغة أو تطعيم الأماكن المصابة، ونقل جلد سليم سليم إلى المناطق المصابة بالبرص تحت التخدير الموضعي.

الآثار السلبية للاشعات:

ذكر عبد العلي الجسماني (1998) أن تعرض المريض إلى التأثيرات الإشعاعية للعلاج، تؤثر على المخ بشكل أساسي، وبصورة خاصة على منطقة المهاد المخي من الدماغ، وعلى منطقة الجسم النخامي منه. إضافة إلى النتائج التي تترتب على المريض من اضطرابات أخرى.

حيث كشفت بعض التجارب التي أجريت على الحيوانات، عند تعرضها للإشعاعات أثرت فيها وعملت على خلق نوع من حالات التوتر، والضيق والنرفزة، وفقدان التوازن، والتأثير على الحركة، وتأثرت بشكل ملحوظ على العمليات العصبية.

المبحث الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد:

في هذا المبحث يتم عرض الدراسات السابقة، ولكن هنالك صعوبة في الدراسات العربية والأجنبية التي لها صله مباشرة بموضوع البحث، إلا انه سيتم عرض دراسات سابقة تتناسب مع موضوع البحث في مجال هذه الدراسة. وهذه الدراسات تدور حول موضوع الاكتئاب وعلاقته ببعض الأمراض العضوية.

أولاً الدراسات السودانية:

1/ دراسة بلة (1998):

عنوان الدراسة: الاكتئاب لدى المرضى العضويين.

هدف الدراسة: تبحث هذه الدراسة عن علاقة الاكتئاب بالأمراض العضوية بين مرضى الباطنية في عنابر مستشفى الخرطوم التعليمي، وبين المرضى الذين دخلوا عنبر الأمراض النفسية التابع لنفس المستشفى. شملت عينة الدراسة (100) مريضا، (65) ذكور و(35) إناث من عدد المصابين بالأمراض العضوية، والذين يعانون من اكتئاب كانوا (37) مريضا (15) إناث و(22) ذكور، تم تطبيق مقياس بك على المرضى بعنابر الباطنية، والذين يعانون من الاكتئاب من عنابر الطب النفسي في نفس المستشفى قام بتشخيصهم أخصائيون في الطب النفسي. العدد الثاني من المرضى والذين يعانون من الاكتئاب ولا يعانون من أمراض عضوية كان (32) مريضا. أظهرت النتائج أن الاكتئاب ليس أكثر في أوساط النساء، كما اتضح عدم وجود ارتباط بين العمر مع حالة الاكتئاب.

2/ دراسة الشفيع (1994):

عنوان الدراسة: انتشار الاكتئاب لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة إلى اكتشاف الصلة بين مرضى السكري ومرضى الاكتئاب، والعرف على مدى وجود سبب ونتيجة بين الحالتين. اختيرت عينة الدراسة من مرضى السكري (82)، وعينة أخرى مشابهة من حيث النوع والعمر، وتم

اختيارهم عشوائيا (من البيئة السودانية). تم استخدام مقياس بك كآلية للتشخيص. أوضحت نتائج الدراسة تفوقا عدديا لمرضى الاكتئاب بين مرضى السكري مقارنة مع العينة المأخوذة من المجتمع كان التفوق ذا دلالة إحصائية. كما أوضحت الدراسة عدم وجود فرق في درجة الاكتئاب بين مجموعة مرضى السكري التي تتلقى الأنسولين والتي لا تتلقاه.

3/ دراسة فاطمة (2001):

عنوان الدراسة: القلق والاكتئاب الناجمين عن الإصابة بالذبحة الصدرية وعلاقتهما بالضغوط الحياتية.

هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة للكشف عن القلق والاكتئاب الناجمين عن الإصابة بالذبحة الصدرية ومعرفة مستويات الضغوط النفسية بأنواعها المختلفة لدى المصابين بالذبحة الصدرية بعد الإصابة بهذا المرض وعلاقة الاكتئاب والقلق بالضغوط الحياتية لدى هؤلاء المصابين بالذبحة الصدرية.

عينة الدراسة: بلغ حجم العينة (61) مفحوص، منهم (34) ذكور و(27) إناث، فتم اختيارهم بالعينة العشوائية البسيطة.

أدوات الدراسة: مقياس القلق والاكتئاب العيادي (H.A.D.S).

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة أن الاكتئاب بعد الإصابة بمرض الذبحة الصدرية قد ارتفع بصورة ملحوظة عن الاكتئاب قبل الإصابة بالمرض مما يعني وجود فروق لصالح الاكتئاب بعد الإصابة بالذبحة الصدرية.

ثانياً الدراسات العربية:

1/ دراسة أبو الفتوح وتلمساني (1993):

عنوان الدراسة: المختبرات التقنية الاجتماعي للعميان والصم بمدينة أبها – المملكة العربية السعودية.

هدف الدراسة: تهدف إلى تحديد المميزات التقنية والاجتماعية بين الطلاب الصم والعميان في مدينة أبها في المملكة العربية السعودية من خلال الآتي: تحديد مدى انتشار الاكتئاب بين الطلاب الصم والعميان. وتحديد النزعات الاجتماعية.

عينة الدراسة:

- (44) طالب أعمى.
- (108) طالب أصم.
- يتراوح عمر الطلاب العميان والصم بين (7–15) سنة.

المقياس:

1. بيان مفصل باكتئاب الأطفال (C.D.I).
2. استبيان المقابلة لمعرفة اثر الإعاقة على سلوك الطلاب فيما يتعلق بميولهم الاجتماعية.

نتائج الدراسة: ينتشر الاكتئاب أكثر بين الطلاب المكفوفين (14%) والطلاب الصم (6.5%).

ثالثاً الدراسات الأجنبية:

1/ دراسة مورد وباليلو (1984)، نقلا عن رشاد علي (1993):

عنوان الدراسة: العلاقة بين الاكتئاب واليأس – العدائية العامة– العدائية الصدرية – العدائية الكامنة.

الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة إلى إيجاد العلاقة بين الاكتئاب والمتغيرات الثابتة اليأس – العدائية العامة – العدائية الصدرية – العدائية الكامنة.

عينة الدراسة: تتكون من (317) من المرضى التقيين حيث تتراوح متوسط أعمارهم (19) سنة.

المقاييس: تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب ومقياس اليأس ومقياس بوس-دوركي لقياس مشاعر الذنب والعدائية.

النتائج: أهم التغييرات المرتبطة بالاكتئاب اليأس والعدائية الكامنة كما بينت النتائج انه لا توجد علاقة بين الاكتئاب والعدائية الصدرية.

2/ دراسة جيري – ووليام (1990):

عنوان الدراسة: الاكتئاب والجنس (النوع): تقييم التعرض ومقدار التأثير بالأحداث المعيشية عند الأشخاص المصابين بعجز مزمن.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير الأعراض الاكتئابية بالجنس (النوع) ومقدار التأثير بضغوط الأحداث عند عينة من الأشخاص العاجزين جسديا.

عينة الدراسة: استعانة بمركز دراسات علم العدوى- قسم الاكتئاب وتم تقييم المرض الاكتئابي لحساب مقدار وجود الاكتئاب ذو الأهمية الإكلينيكية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن النساء أكثر عرضة وتأثير بالأحداث المعيشية التي تصيب الآخرين.

3/ دراسة لوست مان (1997):

عنوان الدراسة: تأثير (عقار النورتربلين) على الاكتئاب ومستوى التحكم في السكر في الدم لدى مرضى السكري (المكتئبين).

هدف الدراسة: تقييم تأثير العقار على المكتئب والمتحكمين في مستوى السكر في الدم، لمعرفة إلى أي حد يعالج الاكتئاب.

عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة (68) مريض سكري يعانون من الاكتئاب وغير متحكمين في مستوى السكر في الدم.

المقياس: تم استخدام مقياس بيك لقياس درجة الاكتئاب، وجهاز تحليل لمعرفة نسبة السكر في الدم.

نتائج الدراسة: أن التحكم الذاتي في مستوى السكر في الدم يؤدي إلى انخفاض الأعراض الاكتئابية، مقارنة بتناول عقار النورتربلين.

التعقيب على الدراسات السابقة:

1. لا توجد دراسات سابقة تناولت الاكتئاب لدى مرضى البرص.
2. معظم الدراسات تمت في مناطق مختلفة في العالم وأفراد مختلفين من حيث الخلفية الثقافية والعلمية والبيئية.
3. استهدفت الدراسات السابقة بعض النتائج تختص بالذكور والإناث.
4. لاحظت الباحثة تنوع الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة.
5. لاحظت الباحثة تفاوت حجم العينة في الدراسات السابقة حيث كان اصغر حجم للعينة هو (61) في دراسة فاطمة (2001) تناولت القلق والاكتئاب

الناجمين عن الإصابة بالذبحة الصدرية وعلاقتها بالضغوط الحياتية، وكان اكبر حجم للعينة (317) في دراسة مورت وباليلو (1984) عن العلاقة بين الاكتئاب واليأس، العدائية العامة، العدائية الصريحة، العدائية الكامنة.

الفصل الثالث

المنهج وإجراءات الدراسة الميدانية

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

تمهيد:

يشتمل هذا الفصل على الإجراءات والخطوات الأساسية التي اتبعتها في جمع المعلومات وكيفية تنفيذ هذه الدراسة.

منهج البحث:

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي. الذي عرفه رجاء أبو علام (2007) بأنه يقوم بتحديد ووصف الحقائق المتعلقة بالموقف الراهن، ويدرس العلاقة بين المتغيرات من خلال وصف درجة العلاقة بين المتغيرات وتقوم بوصف الظواهر وصفا كميا بهدف الوصول إلى معلومات عن قوة العلاقة بين متغيرين أو عن التنبؤ بالعلاقات بين متغيرات.

الأسباب التي أدت إلى اختيار هذا المنهج:

1. هذا المنهج يلائم طبيعة هذه الدراسة.
2. يغطي هذا المنهج نواحي الدراسة تغطية شاملة.
3. يعرض أوصاف دقيقة ومحددة للدراسة.

مجتمع البحث:

ذكر رجاء أبو علام (2007) انه يقصد بمجتمع البحث جميع الأفراد أو العناصر الذين لهم خصائص واحدة يمكن ملاحظتها وهو الهدف الأساسي من البحث الذي يرغب الباحث في بحثه لكي يعمم في نهاية النتائج.

يتكون مجتمع الدراسة من كل المصابين بمرض البرص المترددين على مستشفيات الخرطوم للأمراض الجلدية.

عينة البحث:

يشير إليها رجاء أبو علام (2007) بأنها مجموعة جزئية ممثلة للمجتمع الذي اختيرت منه ولها خصائص مشتركة.

تكونت العينة من المصابين بالبرص المترددين على مستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة. وهي كما عرفها رجاء أبو علام (2007)، بأنها طريقة تتم عشوائيا وتعطي فرصة متساوية لكل فرد من أفراد المجتمع لاختياره في العينة.

بلغت حجم عينة الدراسة (70) مريضا من مصابي البرص، وكان عدد الذكور (27)، وعدد الإناث (43) وتراوحت أعمار العينة بين (11-70).

جدول رقم (1) يوضح توصيف العينة حسب متغير النوع

مستوى المتغير	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	27	%38.6
إناث	43	%61.4
المجموع	70	%100

أدوات البحث:

استخدمت هذه الدراسة بيانات أولية لجمع المعلومات مرافقة لمقياس بيك للاكتئاب (المصغر).

أشارت منى معاوية (2001) إلى أن اختبار بيك المصغر يكشف عن الاكتئاب ودرجته، ويعطي صورة واضحة وتقدير سريع لمستوى الاكتئاب لدى المفحوصين، وهذا المقياس من تأليف آرون بيك وزملائه، وقام بإعداده غريب عبد الفتاح غريب (1985)، وهو الصيغة المختصرة من المقياس (B-D-I).

يتكون هذا المقياس في صورته المبدئية من (13) مجموعة وأربعة عبارات تعكس شدة المرض تبدأ (0 - 3) يطبق على المفحوصين كل مجموعة من مجموعات المقياس، حيث يقوم المرضى باختيار العبارة التي تقيس ما يشعر به المريض في الوقت الحالي والماضي، ويتم التصحيح عن طريق الورقة التي تحتوي على العبارات والإجابة ويختار المفحوص الإجابة التي تتطابق مع فكرته عن نفسه من ضمن أربعة إجابات تعطى (0 - 1 - 2 - 3) على التوالي، كلما

ارتفعت الدرجة كلما زادت حدة المرض. وعلى أساس مجموع درجات المصاب تتكرر درجات الاكتئاب.

ودرجات الاكتئاب في هذا المقياس كالآتي:

جدول رقم (2) يوضح درجات الاكتئاب

مدى حدوث	درجات الاكتئاب
4-0	لا يوجد اكتئاب (طبيعي)
7-5	اكتئاب ضعيف
15-8	اكتئاب متوسط
16 فأكثر	اكتئاب حاد

يقيس المقياس الأعراض الاكتئابية الآتية:

الحزن – التشاؤم – الشعور بالفشل – عدم الرضا – الشعور بالذنب – عدم حب الذات – صعوبة العمل – القابلية للتعب – فقدان الشهية – الانسحاب الاجتماعي – إيذاء الذات.

الصدق الظاهري للمقياس:

أشار فؤاد البيهي (1978) بان الصدق الظاهري (السطحي) يقصد به المظهر العام للاختبار (المقياس) كوسيلة من وسائل المقياس، ويبدو ذلك في وضوح التعليمات، وصحة ترتيبها للخطوات الأساسية التي يتبعها المختبر في فهمه للأسئلة وإجابته عليها، وعلى نوع الأسئلة ومدى صلاحيتها لإثارة الاستجابات المناسبة من المختبرين. وعلى سهولة الإمكانيات لتصحيحه وتفسير النتائج.

لكي يتم التحقيق من الصدق الظاهري للمقياس، تم عرض هذا الاستبيان (مقياس بيك المصغر13) فقرات، على رئيسة قسم علم النفس بجامعة الخرطوم دكتورة عبير عبد الرحمن خليل، حيث قامت بتحكيمه بعد أن قامت فيه بإدخال بعض التعديلات في بعض العبارات وفقا للنسخة الأصلية لمقياس بيك المصغر كما يلي:

جدول رقم (3) يوضح التعديلات لمقياس بيك المصغر

العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
4-(0) أتمتع بدرجة كافية من جوانـــب الحياة كما اعتدت من قبل (1) لا استمتع بجوانـــب الحيـــاة علـــى النحو الذي تعودت عليه	4-(0) أتمتع بدرجة بالحياة كما اعتدت من قبل (1) لا استمتع بالحياة على النحو الـــذي تعودت عليه
9-(0) اتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن اتخذها من قبل	9-(0) اتخذ القرارات بنفس القدرة كما تعودت أن اتخذها من قبل
11-(0) استطيع العمل بنفس الجـــودة كما تعودت من قبل	11-(0) استطيع العمل بنفس القدرة كما تعودت من قبل
12(3) في منتهـــى التعـــب والإجهـــاد لدرجة تمنعني من أداء أي عمل	12(3) أنا في منتهى التعب والإجهـــاد لدرجة تمنعني من أداء أي عمل

إجراءات الدراسة الميدانية:

استخدمت هذه الدراسة عدة طرق للحصول على المعلومـــات الديمغرافيـــة لمجموعة من مصابي البرص، بدءا بالاطلاع على ما هو موجود في المكتبات من مراجع، وانه بعد تحديد مجتمع وعينة الدراسة وتحديد أداة جمع البيانات والتأكـــد من ملاءمتها تم توزيع استبيانات على عدد من المصابين بالبرص لهذه الدراســـة. حيث استغرق الزمن لاستكمال الاستبيانات ثمانية أيام، قامت الباحثة فـــي اليـــوم الأول بمقابلة مدير المستشفى دكتور الطاهر، وكان عدد المصابين الذين تـــرددوا على العلاج قليل، ثم أصبح عدد المرضى أكثر تجاوبا وعددا، إذ حصلت الدراسة على عدد كبير من الاستبيانات. ومن ثم قامت الباحثة بزيارة جمعة الأمل، هذه الجمعية تعمل على تحقيق آمال المرضى في الشفاء وتخفيف عبء فاتورة العـــلاج بـــسعر رمزي وإيجاد الدعم النفسي والمادي لهم.

صعوبات البحث:

1. الصعوبة في الحصول على مزيد من أفراد العينة.
2. صعوبة تعاون بعض أفراد عينة البحث في إعطاء المعلومة (خاصة كبار السن).
3. ندرة المعلومات الكافية المتعلقة بهذا الموضوع خاصة (مرض البرص) والمعلومات التي ذكرتها معظمها من الانترنت.
4. صعوبة وجود دراسات سابقة ذات صلة مباشرة لموضوع البحث.

الأساليب الإحصائية:

تم استخدام أساليب المعالجة الإحصائية الآتية:

1. اختبار (ت) لعينة واحدة.
2. اختبار (ت) لعينتين مستقلتين.
3. اختبار معامل ارتباط بيرسون.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

الفصل الرابع
عرض ومناقشة وتفسير النتائج

تمهيد:

في هذا الفصل يتم عرض ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال جمع البيانات المستخدمة وذلك عن طريق عرض كل فرض والنتائج المتعلقة به ومن ثم التعليق عليها.

عرض ومناقشة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على انه (يتسم الاكتئاب لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية بالارتفاع).

جدول رقم (4) يوضح معرفة ما إذا كان الاكتئاب يتسم بالارتفاع لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية

حجم العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
70	8.64	18.5	5.7	69	14.34	0.000	تتسم بالانخفاض بدرجة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05

يلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح اختبار (ت) لعينة واحدة لمعرفة ما إذا كان الاكتئاب يتسم بالارتفاع، حيث يلاحظ أن المتوسط الحسابي (8.64)، بينما المتوسط النظري (18.5)، وقيمة (ت)= (14.34)، والقيمة الاحتمالية (0.00)، مما يدل على أن الاكتئاب يتميز بالانخفاض عند مستوى الدلالة 0.05.

لتوضيح نتيجة التحليل الإحصائي، فان الاكتئاب ينتشر بدرجة منخفضة بين مرضى البرص، تعزى تلك النتيجة إلى أن الإصابة بالبرص بالرغم من أنها قد تسبب الاكتئاب للمصابين إلا أن هؤلاء المرضى يتقبلون المرض بالرضا والصبر

وانه قضاء وقدر، وبعض منهم يتمتعون بالعلاقات الأسرية والاجتماعية الدافئة والعلاقات الحميمة مع إخوانهم المصابين في مركز العلاج ومع الفريق الطبي.

تختلف الدارسة الحالية مع دراسة فاطمة (2001) حيث تناولت الدراسة القلق والاكتئاب الناجمين عن الإصابة بالذبحة الصدرية، وأظهرت نتائج الدراسة أن الاكتئاب بعد الإصابة بالذبحة الصدرية قد ارتفع بصورة ملحوظة.

من خلال الدراسة أن ما يقارب ثلثي المرضى الذين يعانون من اكتئاب بدرجة منخفضة، لديهم القدرة على تقبل المرض والسمة الإسلامية السائدة لديهم، وقدرتهم على التأقلم مع ما حدث لديهم من تغيرات في مظهرهم، وتجاوزهم لبعض الصعوبات والتحديات.

كل ذلك كان له اثر في تقليل الإصابة وتخفيف درجة الاكتئاب بدرجة منخفضة لدى هؤلاء المصابين بالبرص.

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على انه (هنالك فروق في الاكتئاب لدى مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية يعزى لمتغير النوع).

جدول رقم (5) يوضح ما إذا كانت هنالك فروق بين الذكور والإناث في الاكتئاب لدى مرضى البرص تعزى لمتغير النوع

مجموعتي المقارنة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
ذكور	27	10.33	5.54	68	1.91	0.05	توجد فروق بين المجموعتين عند مستوى دلالة 0.05 لصالح مجموعة الإناث
إناث	43	7.58	7.58				

يلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح اختبار (ت) لعينة واحدة لمعرفة ما إذا كانت هنالك فروق في الاكتئاب بين الذكور والإناث لدى مرضى البرص،

ويلاحظ أن المتوسط الحسابي للذكور (10.33)، بينما المتوسط الحسابي للإناث (7.58)، والقيمة الاحتمالية (0.05)، مما يدل على انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب حسب النوع عند مستوى دلالة 0.05.

نتيجة هذا الفرض توضح أن تأثير النوع له ذات دلالة في الإصابة بالبرص بين الذكور والإناث، حيث أظهرت نتيجة هذه الدراسة أن الإناث أكثر من الذكور في الإصابة بالاكتئاب.

أشار حامد زهران (2001) ان الاكتئاب عند الإناث أكثر من عند الذكور.

تتفق نتيجة هذه الدراسة الحالية مع دراسة جيري-ووليام (1990)، حيث أوضحت نتائج الدراسة أن الرجال والنساء يتعرضون ويتأثرون بأحداث الحياة ولكن المرأة أكثر عرضة وتأثرا.

تعزى نتيجة تلك الدراسة إلى أن الشكل الخارجي للمرأة وجمالها إحدى مظاهر الأنوثة وتقدير الذات لديها ولذلك فان إصابتها بهذا المرض يؤدي إلى شعورها بالاكتئاب.

كذلك يؤثر في الحياة الزوجية، إذ يؤثر المرض في تكوين العلاقات الزوجية التي تؤدي إلى عدم التوافق الزواجي، قد تكون الفتاة متقبلة ذلك الوضع ولكن الأسرة تعتبره وصمة عار في المجتمع بعدم قبول شكله.

أيضا قد يؤثر ويؤدي إلى العنوسة، التي تؤدي إلى الشعور بالاكتئاب. ومن خلال الدراسة الميدانية والمقابلة الشخصية بالمرضى وجد أن هنالك حالات طلاق كثيرة بسبب هذا المرض. وان الإناث بطبعها العاطفي والحساس أكثر تأثرا بهذا المرض خاصة وان المرأة في العصر الراهن أصبحت تخرج إلى العمل، ويؤثر هذا المرض في المهنة، إذ بعض المهن تتطلب بعض الشروط التي من ضمنها الجمال، وهذا يؤثر في نفسية المراة، ويحد من فرصتها للعمل، وذلك يقود إلى الاضطرابات النفسية (الاكتئابية).

يشير علاء الدين كفافي (1984) إلى أن شعور الفرد بقيمته في مجتمعه رهن إحساسه بقيمة العمل الذي يؤديه وبإدراكه لمدى نجاحه في أداء هذا العمل.

وبالتالي فان توقف الفرد عن العمل يشعره بالدونية والهامشية. كما هو معروف أن العمل يمثل الدعامة الأساسية في علاج الاكتئاب.

عرض ومناقشة الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على انه (توجد علاقة بين الاكتئاب والعمر لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية).

جدول رقم (6) يوضح ما إذا كانت هنالك علاقة ارتباطية بين الاكتئاب والعمر لدى المصابين بمرض البرص

حجم العينة	قيمة الارتباط	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
70	0.16	0.19	لا يوجد ارتباط دال إحصائيا بين المتغيرين عند مستوى دلالة 0.05

يلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين الاكتئاب والعمر، حيث يلاحظ أن قيمة الارتباط (0.16)، والقيمة الاحتمالية (0.19)، مما يدل على انه لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين المتغيرين عند مستوى دلالة 0.05.

نتيجة التحليل الإحصائي توضح انه لا توجد علاقة ارتباطية بين العمر ودرجة الاكتئاب لدى مرضى البرص. ويعزى ذلك إلى أن لكل مرحلة عمرية لها خصائصها، فالاكتئاب قد يحدث في أي مرحلة عمرية لدى الفرد، وقد لا يحدث لشخص آخر يمر بنفس المراحل، وان لكل فرد مصاب بمرض من الطبيعي أن يتعرض إلى ضغوط نفسية.

إن الأطفال والمراهقين من عمر (11-20) سنة تحدث لديهم تغيرات فسيولوجية ويتأثر هؤلاء الأطفال والمراهقين بصورة سريعة وينعكس ذلك على تناولهم للأكل فتصبح شهيتهم للأكل ليست جيدة، لأنهم يشعرون بالدونية عن أقرانهم ولا يتحملون ردود أفعال المجتمع عندما يقللون من شأنهم أو ينفرون من التعامل معهم، أو الاتصال معهم بالمشاركات الاجتماعية كاللعب بالرغم من أن

الفئة العمرية التي تمثل سن النضج أو مرحلة (ما قبل الشباب) أو مرحلة سن اليأس ويتعرض هؤلاء المرضى أصلا لضغوط تتمثل في الاضطرابات الهرمونية، ويحدث الاكتئاب في هذه المرحلة وهو النوع المعروف باسم (اكتئاب سن اليأس)، أما الفئة العمرية المتعلقة بالشيخوخة أو المرحلة التي تلي سن اليأس فهم يعانون من الاكتئاب لان المسن يمر بتجارب في حياته سيئة أو حزينة، ويشعر بالعزلة الاجتماعية.

أشار كل من محمد عبد العظيم وفدوى بشير (2005) إلى أن بعض الدراسات دلت على قلة الشعور بالذنب في المكتئبين المسنين مقارنة بصغار السن.

تتفق الدراسة الحالية مع دراسة بلة (1998) التي تناولت الاكتئاب لدى المرضى العضويين عموما، حيث أظهرت نتيجة الدراسة على عدم وجود علاقة ارتباطية بين العمر مع حالة الاكتئاب.

من خلال الدراسة الميدانية وجدت أن اغلب كبار السن من عمر (50-70) سنة لا يشعرون بالذنب معظم الوقت.

من كل ما سبق وجدت أن لكل مرحلة عمرية تغيرات وتأثيرات وصعوبات ولكن مع ذلك هنالك أساسيات وهي مدى تقبل المريض للمرض، وكذلك شخصية المريض قبل وبعد المرض، لها تأثير كبير، إضافة للدعم الاجتماعي والنفسي الذي يتلقاه المريض لكل مرحلة عمرية في حياته.

الفصل الخامس

الخاتمة والتوصيات

الفصل الخامس
الخاتمة والتوصيات

الخاتمة:

تناولت هذه الدراسة مجموعة من مرضى البرص، ومن ثم تم ربط شريحة هؤلاء المرضى فيما يتعلق بالاكتئاب، وعلاقته بالمتغيرات فخلصت الدراسة أن ما يقارب ثلثي المرضى الذين يعانون من اكتئاب بدرجة منخفضة، يعتبرون أن المرض قدرا وابتلاء من الله تعالى وكذلك السمة الإسلامية السائدة لدى شعبنا السوداني، ومعاني الإنسانية والصبر، كان له الأثر في تقليل الإصابة. وبما أن مرض البرص من الأمراض المنفرة، إلا انه أصبح من أهم المواضيع التي تشغل بال كثير من الأفراد المهتمون والمعنيون بهذا المرض.

لذلك لابد من توعية المرضى وذويهم والمواطنين حول طبيعة المرض، عن طريق تنوير إعلامي حول وضع مرض البرص اجتماعيا وثقافيا واقتصاديا بتعريفه وتوعية شرائح المجتمع المختلفة والمرأة على وجه الخصوص حول المرض ومسبباته والطرق العلاجية.

بما أن الصحافة أو الكلمة المكتوبة هي إحدى وسائل الإعلام بشكل عام، فان الاعتماد عليها من التثقيف والتوعية يمكن أن يؤدي إلى آثار ايجابية في رفع مستوى الوعي، ومن ثم تعديل الاتجاهات وأنماط السلوك السائدة في المجتمع نحو مريض البرص. لذلك لابد من العمل على إيجاد آليات تساعد هؤلاء المرضى، على تحقيق آمالهم في الشفاء، وتقديم كل ما هو جديد من الأجهزة الحديثة ومستحضرات التجميل الطبية، وتقديم الدعم النفسي والموازرة الاجتماعية حتى لا يحضهم المرض عن إكمال حياتهم بنجاح.

وبما أن هناك إشكالية في فهم الناس لهذا المرض، فان الإلمام هو الذي يعول في خلق فهم جديد وواعي، ولفت انتباه المجتمع والشعور بهذه الشريحة من هؤلاء المرضى، بالإضافة إلى ضرورة التوسع في تكثيف المعلومات حول طبيعة المرض، وبالتالي يوضع له الاهتمام والاعتبار.

النتائج:

بعد أن قامت الباحثة بعرض النتائج ومناقشتها في الفصل الرابع، ومن خلال هذه الحيثيات خلصت نتائج البحث فيما يلي:

1. أن الاكتئاب بين مرضى البرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية ينتشر بدرجة منخفضة.
2. وجود فروق في درجة الاكتئاب بين مرضى البرص حسب متغير النوع (ذكور/إناث)، بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية.
3. لا توجد علاقة بين الاكتئاب والعمر لدى المصابين بالبرص بمستشفى الخرطوم للأمراض الجلدية.

التوصيات:

توصي الباحثة بالاتي:

1. الانخراط في المجتمع وعدم الابتعاد عن الناس، وزيادة الاتصال الاجتماعي بدون خوف وقلق لتحسين نوعية الحياة للتوصل إلى توازن منقول بين الخلو إلى النفس وايجابية الاختلاط بالغير.
2. الصبر؛ لأنه علاج روحي يدفع عن النفس الألم النفسي.
3. دعم ورعاية البحوث العلمية والدراسات الميدانية للسفر خارج البلاد.
4. إقامة ورش وعمل سمنارات وندوات في الأحياء السكنية لتثقيف وتوعية شرائح المجتمع المختلفة.
5. إنشاء صندوق خيري وإنشاء مشاريع صغيرة استثمارية لمساعدة المرضى وتوفير احتياجاتهم ماديا.
6. توفير المستحضرات الطبية والأجهزة الحديثة، وهي غير متوفرة بصورة كافية خاصة في السودان لعلاج المرض (البرص).

مقترحات لبحوث ودراسات مستقبلية:

1. إجراء دراسة تتضمن التوافق الزواجي لدى مرضى البرص.
2. إجراء دراسة تتضمن تأثير الجانب الاقتصادي من الناحية المهنية لدى مرضى البرص.

3. دراسة نوعية الحياة لدى مرضى البرص.
4. دراسة التوافق الاجتماعي لدى مرضى البرص.
5. دراسة الصحة النفسية لدى مرضى البرص.

المـــراجع

المراجع والمصادر

أولا: المصادر

القرآن الكريم.

ثانيا: المراجع باللغة العربية

1/ إجلال محمد سري (2000): **علم النفس العلاجي**، دار عالم الكتب للنشر، الطبعة الثالثة، القاهرة.

2/ احمد عبد الخالق (2001): **أصول الصحة النفسية**، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية، القاهرة.

3/ احمد عزت راجح (1999): **الأصول إلى النفس**، [illegible]، دار المعارف للنشر، الطبعة الحادية عشر. القاهرة

4/ احمد عكاشة (2005): **علم النفس الفسيولوجي**، مكتبة الانجلو المصرية، الطبعة العاشرة، القاهرة.

5/ احمد عكاشة (د.ت): **الطب النفسي المعاصر**، [illegible]، مكتبة الانجلو المصرية، بدون طبعة. القاهرة

6/ حامد عبد السلام زهران (2001): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب للنشر، الطبعة الثالثة، القاهرة.

7/ رجاء محمود ابو علام (1998): **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**، دار النشر للجامعات، الطبعة السابعة، القاهرة.

8/ الزبير بشير طه (1995): **علم النفس في التراث الديني والإسلامي**، دار جامعة الخرطوم للنشر، الطبعة الأولى، الخرطوم.

9/ عادل عبد الله محمد (2001): **العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقاته**، دار الرشاد للنشر، الطبعة الأولى، القاهرة.

10/ عبد الباقي دفع الله احمد (2007): <u>**علم النفس (مبادؤه – فروعه – نظرياته)**</u>، دار جامعة الخرطوم للنشر، الطبعة الأولى، الخرطوم.

11/ عبد الرحمن محمد العيسوي (1990): <u>**ثاثولوجيا النفس**</u> – ودراسات الاضطرابات النفسية والعقلية، دار الفكر الجامعي، الطبعة الأولى، الإسكندرية.

12/ عبد العلي الجسماني (1998): <u>**الأمراض النفسية (تاريخها – أنواعها – أعراضها – علاجها)**</u>، دار العربية للعلوم، الطبعة الأولى، بيروت.

13/ عطوف محمود ياسين (1981): <u>**علم النفس العيادي الاكلينيكي**</u>، دار العلوم للملايين، الطبعة الأولى، بيروت.

14/ علاء كفافي (1984): <u>**الصحة النفسية**</u>، مطبعة الانجلو المصرية، بدون طبعة، القاهرة.

15/ علي كمال (1988): <u>**النفس (انفعالاتها – أمراضها – علاجها)**</u>، [illegible]، دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الرابعة. بغداد

16/ فؤاد السيد البيهي (1978): <u>**علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري**</u>، دار الفكر العربي، الطبعة الثالثة، القاهرة.

17/ لطفي عبد العزيز الشربيني (1996): <u>**الدليل الموجز في الطب النفسي**</u>، المركز العربي للوثائق والمطبوعات، بدون طبعة، الكويت.

18/ محمد جاسم محمد (2004): <u>**علم النفس الاكلنيكي**</u>، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.

19/ مصطفى محمد الصفطي (2000): <u>علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية</u>، دار المعرفة الجامعية، بدون طبعة، القاهرة.

20/ محمد عبد العظيم وفدوى بشير المغيري (2005): <u>علم النفس المعرفي</u>، بدون طبعة، وبدون جهة للنشر، الرياض.

ثالثا: الكتب المترجمة

1/ ليندال دافيدوف (1988): <u>مدخل علم النفس</u>، ترجمة سيد الطواب ومحمود عمر ونجيب خزام، دار ماكجروهيل والدار الدولية للنشر، الطبعة الثالثة، القاهرة.

2/ يوجيين ليفين وبرناردولين (1985): <u>سيكولوجية الاكتئاب</u>، ترجمة عزت عبد العظيم الطويل، دار المريخ للنشر، بدون طبعة، القاهرة.

رابعا: الرسائل

1/ منى معاوية إبراهيم (200[illegible]): <u>الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي</u>، جامعة الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة.

خامسا: الانترنت

الطب والصحة، مرض البرص وأنواعه وعلاجه(2009) <u>http://www.sohbanet,com</u>

مرض البرص وعلاجه(2009) <u>http://www.tartos.com</u>

معتز الديماطي ([illegible]) استفسارات صحية- مرض البرص. <u>www.islamonline.net</u>

خالد المالك(2004) بين الواقع والأسباب المجهولة علاج البرص، <u>http://al-iazirah.com</u>

سادسا: المجلات والكتيبات

كتاب جمعية الأمل (2004): بدون جهة نشر، بدون طبعة

الملاحق

الملاحق

ملحق رقم (1)

أختي/ أخي الرجاء قراءة هذه العبارات بتمعن كل على حده، ثم ضعي علامة ( ) أمام العبارة (0) أو (1)أو(2) أو(3) التي تصف حالتك خلال الأسابيع الماضية بما في ذلك حالتك الراهنة، والرجاء الحرص على الإجابة على كل المجموعات.

1/ (0) لا اشعر بالحزن (1) اشعر بالحزن والكآبة (2) اشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه (3) أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك	8/ (0) لم افقد اهتمامي بالناس (1) إنني اقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون عليه من قبل (2) لقد فقدت اغلب اهتماماتي بالناس ولدي مشاعر قليلة تجاههم (3) فقدت كامل اهتمامي بالناس ولا اهتم بهم على الإطلاق
2/ (0) لست متشائما بالنسبة للمستقبل (1) اشعر بالتشاؤم بالنسبة للمستقبل (2) اشعر بأنه ليس هناك شيء يسر في الستقبل (3) اشعر بان المستقبل لا أمل فيه وان الأمور لن تتحسن	9/ (0) اتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت ان اتخذها من قبل (1) أصبحت قدرتي على اتخاذ القرارات اقل مما تعودت عليه من قبل (2) لدي صعوبات اكبر في اتخاذ القرارات أكثر مما كانت عليه من قبل (3) لا أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقا
3/ (0) لا اشعر بأنني شخص فاشل (1) اشعر بأنني فشلت أكثر من المعتاد (2) ما مضى من سنوات عمري يجسد الفشل الذريع (3) اشعر بانني شخص فاشل تماما	10/ (0) لا اشعر بأنني أبدو أقبح مما تعودت ان أكون عليه من قبل (1) مشغول وقلق بانني اكبر سنا واقل جاذبية (2) اشعر بان هناك تغيرات مستمرة في مظهري تجعلنني اقل جاذبية (3) اعتقد بانني ابدو قبيحا أو كريه المنظر

4/ (0) استمتع بدرجة كافية من جوانب الحياة كما اعتدت (1) لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي اعتدت عليه (2) لم اعد احصل على استمتاع حقيقي من أي شيء في الحياة (3) لا استمتع اطلاقا باي شيء في الحياة	11/ (0) استطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل (1) يتطلب البدء في العمل جهدا اضافيا من الان (2) يجب ان ادفع نفسي بقوة لاقوم باي شيء (3) لا استطيع ان اقوم باي عمل على الإطلاق
5/ (0) لا اشعر بانني اثم أو مذنب (1) اشعر بالذنب معظم الوقت (2) اشعر شعورا عميقا بالذنب معظم الاوقات (3) اشعر بالذنب بصفة دائمة	12/ (0) لا اشعر بالتعب أكثر من المعتاد (1) اشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد (2) اشعر بالتعب من اداء أي عمل تقريبا (3) في منتهى التعب والاجهاد لدرجة تمنعني من اداء أي عمل
6/ (0) لا اشعر بانني محبط (1) انا محبط (2) مشمئز من نفسي (3) اكره نفسي	13/ (0) شهيتي للاكل ليست اسوء من المعتاد (1) شهيتي للاكل لسيت جيدة كما كانت (2) شهيتي اسوأ الان (3) ليست لدي شهية للاكل نهائيا
7/ (0) ليست لدي افكار للتخلص من حياتي (1) لدي افكار للتخلص من حياتي (2) ساقتل نفسي إذا وجدت الفرصة (3) ساقتل نفسي حتما	

ملحق رقم (2)

الصورة المعدلة من مقياس بيك للاكتئاب

أختي/ أخي الرجاء قراءة هذه العبارات بتمعن كل على حده، ثم ضــعي علامــة ( ) أمــام العبارة (0) أو (1)أو(2) أو(3) التي تصف حالتك خلال الأسابيع الماضية بما في ذلك حالتك الراهنة، والرجاء الحرص على الإجابة على كل المجموعات.

هذا المقياس يستخدم لأغراض البحث العلمي وسيتم للسرية التامة

البيانات الأولية:

العمر: النوع: ذكر ☐ أنثى ☐

1/ (0) لا اشعر بالحزن

(1) اشعر بالحزن والكآبة

(2) اشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه

(3) أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك

2/ (0) لست متشائما بالنسبة للمستقبل

(1) اشعر بالتشاؤم بالنسبة للمستقبل

(2) اشعر بأنه ليس هناك شيء يسر في الستقبل

(3) اشعر بان المستقبل لا أمل فيه وان الأمور لن تتحسن

3/ (0) لا اشعر بأنني فشلت أكثر من المعتاد

(1) اشعر بأنني فشلت أكثر من المعتاد

(2) ما مضى من سنوات عمري يجسد الفشل الذريع

(3) اشعر بانني شخص فاشل تماما

4/ (0) استمتع بدرجة كافية بالحياة كما اعتدت من قبل

(1) لا استمتع بالحياة على النحو الذي تعودت عليه

(2) لم اعد احصل على استمتاع حقيقي من أي شيء في الحياة

(3) لا استمتع إطلاقا باي شيء في الحياة

5/ (0) لا اشعر بانني اثم أو مذنب

(1) اشعر بالذنب معظم الوقت

(2) اشعر شعورا عميقا بالذنب معظم الوقت

(3) اشعر بالذنب بصفة دائمة

6/ (0) لا اشعر بانني محبط

(1) انا محبط

(2) مشمئز من نفسي

(3) اكره نفسي

7/ (0) ليست لدي افكار للتخلص من حياتي

(1) لدي افكار للتخلص من حياتي

(2) ساقتل نفسي إذا وجدت الفرصة

(3) ساقتل نفسي حتما

8/ (0) لم افقد اهتمامي بالناس

(1) إنني اقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون عليه من قبل

(2) لقد فقدت اغلب اهتماماتي بالناس ولدي مشاعر قليلة تجاههم

(3) فقدت كامل اهتمامي بالناس ولا اهتم بهم على الإطلاق

9/ (0) اتخذ القرارات بنفس القدرة كما تعودت ان اتخذها من قبل

(1) أصبحت قدرتي على اتخاذ القرارات اقل مما تعودت عليه من قبل

(2) لدي صعوبات اكبر في اتخاذ القرارات أكثر مما كانت عليه من قبل

(3) لا أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقا

10/ (0) لا اشعر بأنني أبدو أقبح مما تعودت ان أكون عليه من قبل

(1) مشغول وقلق على أنني اكبر سنا واقل جاذبية

(2) اشعر بان هناك تغيرات مستمرة في مظهري تجعلنني اقل جاذبية

(3) اعتقد بأنني ابدو قبيحا أو كريه المنظر

11/ (0) أستطيع العمل بنفس القدرة كما تعودت من قبل

(1) يتطلب البدء في العمل جهدا إضافيا من الآن

(2) يجب ان ادفع نفسي بقوة لاقوم باي شيء

(3) لا أستطيع ان اقوم باي عمل على الإطلاق

12/ (0) لا اشعر بالتعب أكثر من المعتاد

(1) اشعر بالتعب بسهولة أكثر من المعتاد

(2) اشعر بالتعب من اداء أي عمل تقريبا

(3) انا في منتهى التعب والإجهاد لدرجة تمنعني من أداء أي عمل

13/ (0) شهيتي للاكل ليست اسوء من المعتاد

(1) شهيتي للاكل لسيت جيدة كما كانت

(2) شهيتي اسوأ الان (3) ليست لدي شهية للاكل نهائيا